ARTIGO ORIGINAL

# Dificuldades dos profissionais da rede de atenção à mulher de 10 municípios brasileiros para o desenvolvimento de ações de enfrentamento da violência contra a mulher

## *Difficulties of professionals of the women's care network for the development of actions to combat violence against women in 10 Brazilian municipalities*


Elizangela Gonçalves de Souza[1], Danielle Schreiber Batista de Alcino[1], Fabrícia Soares Freire Pugedo[1], Flávia Furtado Calixto[1], Marcelo Ribeiro da Silva[1], Merce Mara Ferreira Campos[1], Nathalia de Sá Turci[1], Raphaella Borges Mendes Soares Nunes[1], Elza Machado de Melo[2]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[2] UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.



### RESUMO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza qualiquantitativa, que abordou as dificuldades do desenvolvimento das ações de prevenção da violência contra a mulher por profissionais de 10 municípios brasileiros. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando questionários autoaplicáveis, respondidos por todos os profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência e que participaram das oficinas do Projeto Para Elas, em cada um dos municípios. Foram apresentados fatores que podem nortear o trabalho de prevenção e de diagnóstico. Concluiu-se que a dificuldade em implantar ações preventivas para combate à violência contra a mulher se deve a uma série de fatores alocados em quatro categorias: a rede, profissionais, problemas relacionados à violência e à organização social.



**Palavras-chave:** Violência contra Mulher; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Prevenção; Violência de Gênero.



### ABSTRACT

*This is a cross-sectional, descriptive, qualitative-quantitative study that addressed the difficulties of developing actions by professionals to prevent violence against women from 10 Brazilian municipalities. The data were obtained through semi-structured interviews, using self-administered questionnaires, answered by all the professionals involved in the attention to women in situations of violence and who participated in the Workshops of Projeto Para Elas, in each of the municipalities. Factors that could guide prevention and diagnosis were presented. It is concluded that the difficulty in implementing preventive actions to combat violence against women is due to a series of factors, allocated in four categories: the Network, professionals, violence related problems and social organization.*



***Key words**: Violence Against Women; Women Comprehensive Health Care; Prevention; Violence based gender.*


## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada problema de saúde pública e violação dos direitos humanos que requer intervenção dos profissionais que atuam na rede de serviços, visando minimizar os riscos na saúde das mulheres, seus filhos, famílias e comunidades.[1] O impacto da violência na saúde da mulher pode se manifestar nas dimensões física,


*Instituição:*
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

*Autor correspondente:*
Elizângela Gonçalves de Souza
E-mail: elizasouzacb@gmail.com

psicológica e social, causando danos físicos, problemas psicossomáticos, estresse, depressão, ansiedade, alterações sexuais e reprodutivas, dependência química e farmacológica, disfunções e desequilíbrios que em casos extremos podem conduzir ao autoextermínio.[1]

Avanços positivos foram alcançados a partir das discussões e documentos produzidos na IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher realizada em Pequim, 1995, e no Brasil em 1994 na Convenção Interamericana de Belém do Pará, que teve como objetivo prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Essa convenção definiu marcos para a prevenção da violência e para a promoção da saúde.[2] No Brasil, atualmente existem políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra as mulheres, cujas orientações se pautam na integralidade do cuidado. Apesar disso, as ações são ainda focadas no tratamento das consequências da violência, sobretudo os danos físicos e psicológicos, reforçando a perspectiva do modelo de saúde biológico e curativo, o que dificulta a abordagem da violência contra a mulher para além do âmbito da saúde.[3] Contudo, muitas barreiras prejudicam a abordagem da mulher, seja pelo despreparo, falta de tempo, medo, pré-julgamentos relacionados aos estereótipos culturais ou pelo fato de os profissionais acreditarem que esse não é um problema de saúde.[4,5] Fica então comprometida essa abordagem ampla e perde-se a perspectiva positiva de os profissionais da rede de atenção desenvolverem ações de prevenção de violência contra mulher.[6]

A partir dessa problemática, verifica-se a necessidade de melhorias não só na resposta aos efeitos da violência contra as mulheres, mas também na ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção da violência, por meio da articulação dos vários setores da sociedade, como a saúde, assistência social, direito, segurança pública, universidades, organizações não governamentais, enfim, a articulação e fortalecimento da rede. Este trabalho se propõe a conhecer a opinião dos profissionais da rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros, sobre as dificuldades por eles enfrentadas para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher.

## METODOLOGIA

Estudo transversal de natureza qualiquantitativa, vinculado ao Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, realizado em 10 municípios brasileiros, sede de territórios de cidadania eleitos pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do campo e da floresta e pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas. Os municípios são: Igarapé-Miri (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Algustinópolis (Tocantins); Irecê (Bahia); Quixadá (Ceará); Santana do Mato (Rio Grande do Norte); Posse (Goiás); São Mateus (Espírito Santo); Registro (São Paulo) e São Lourenço do Sul (Rio Grande do Sul). A metodologia consistiu de entrevistas semiestruturadas utilizando questionários autoaplicáveis, respondidos por todos os profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência e que participaram das oficinas do Projeto Para Elas, em cada um dos municípios. Foram excluídos questionários em branco ou com taxa de resposta inferior a 70%; estudantes não vinculados à rede de atenção à mulher em situação de violência; questionários sem identificação e/ou sem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionário duplicado.

O período de coleta de dados estendeu-se de maio de 2013 a julho de 2014. As variáveis independentes foram: idade; sexo; cidade; estado civil; cor/raça; grau de instrução; formação acadêmica; instituição; função atual; tempo na função; horas semanais que trabalha na função; vínculo de trabalho; vínculos adicionais. A variável dependente foi a opinião dos participantes sobre algumas das dificuldades para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher. O material de natureza quantitativa foi armazenado em banco de dados e analisado utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequência. Para a parte qualitativa, foi realizada categorização das variáveis e posterior estudo sobre sua distribuição de frequência. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, no dia 05 de junho de 2013, com emissão do parecer nº14187513.0.0000.5149. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue juntamente com o questionário.

## RESULTADOS

O total de 438 profissionais respondeu o questionário, sendo a maioria do sexo feminino (82,4%), com

discreto predomínio dos casados (54,1%). A faixa etária de maior frequência (60,5%) foi de indivíduos entre 20 e 40 anos, com mais participação da raça/cor parda (44,1%). A maioria ocupava função relacionada à assistência de nível superior (39%), estava na função há mais de três anos (36,8%), trabalhava 31 a 40 horas por semana (66,9%), durante dois turnos (72,8%), pertencia à esfera municipal (84,2%), era concursada (42%), não possuía outro vínculo de trabalho (70,8%) e era pertencente à atenção primária à saúde (APS) (35,6%) e gestão (31,7%). No que se refere à formação, a grande maioria (79,6%) possui ensino superior, sendo a maior parte enfermeiros(as) (37,2%), seguidos de assistentes sociais (9,4%), psicólogos(as) e médicos(as), que apresentaram o mesmo percentual de representação (3,9%) e graduandos(as) (3,7%).

A pergunta sobre o desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher foi respondida por 330 (75,3%). E 108 (24,7%) participantes deixaram a resposta em branco. Dos que responderam, 25 (5,7%) forneceram respostas incompatíveis com a pergunta, que foram invalidadas, de modo que o total de respostas válidas foi de 305 profissionais (69,6%). A Figura 1 mostra as dificuldades identificadas pelos profissionais para o desenvolvimento das ações de prevenção da violência contra a mulher. A maioria dos entrevistados (38,1%) considerou que as principais dificuldades são relacionadas à rede, seguida de 29,16% que consideraram as dificuldades relativas à violência propriamente dita, 25,6% que consideram estar relacionadas aos profissionais e 7,1% ao nível de organização social.

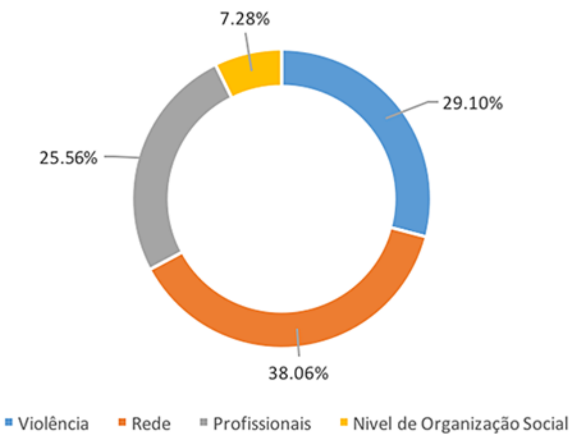


**Figura 1** - Distribuição das dificuldades apontadas, segundo categorização das respostas em 4 grandes categorias, 2016.
Fonte: dados da pesquisa.

As dificuldades relativas à rede estão dispostas na Figura 2, onde se observa que aquelas relacionadas à falta de recursos (humanos, financeiros, infraestrutura, etc.) aparecem com mais frequência, seguida das dificuldades atinentes às deficiências na rede e falta de apoio/investimento do poder público. Entre as dificuldades referentes à violência em si, destacam-se o medo/ insegurança/ vergonha da mulher em revelar o problema, a falta de informação e a não realização da denúncia pela vítima, conforme mostrado na Figura 3. No que diz respeito às dificuldades relacionadas aos profissionais (Figura 4), predominou a opinião dos participantes que julgaram ser a falta de capacitação profissional a maior dificuldade para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher.

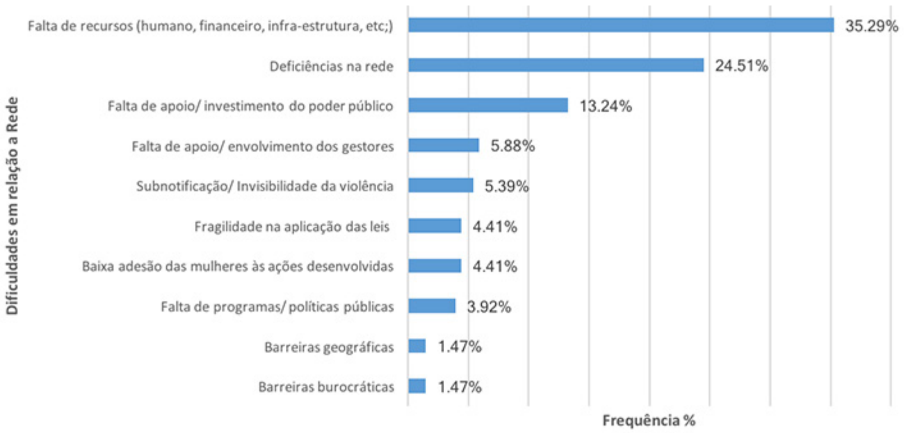


**Figura 2** - Distribuição das dificuldades relacionadas à rede, 2016.
Fonte: dados da pesquisa.

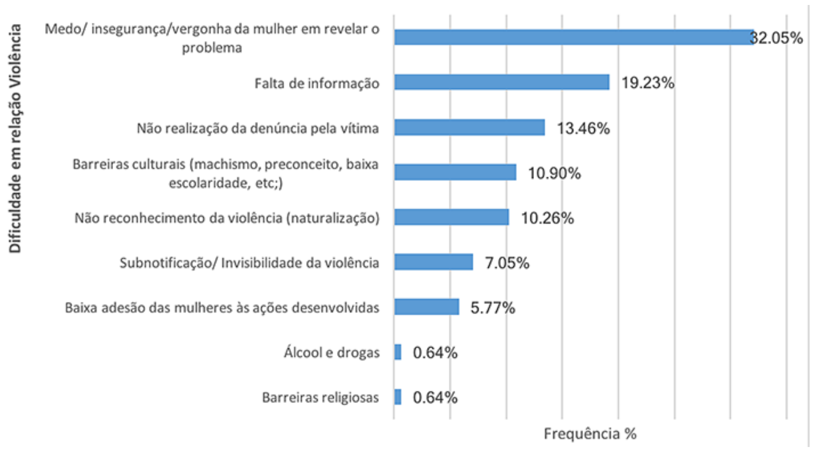


**Figura 3** - Distribuição das dificuldades relacionadas à violência, 2016. Fonte: dados da pesquisa.

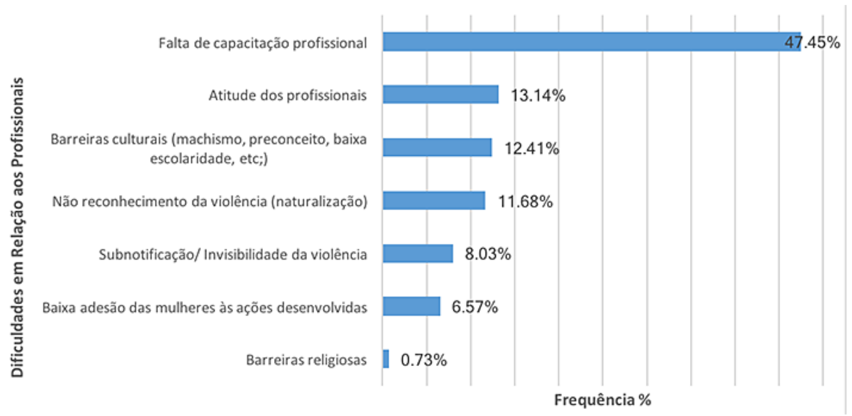


**Figura 4** - Distribuição das dificuldades relacionadas aos profissionais, 2016. Fonte: dados da pesquisa.

Houve menção também a outras dificuldades, com percentual semelhante entre si, como a atitude dos profissionais, barreiras culturais, não reconhecimento da violência, subnotificação/ invisibilidade da violência, baixa adesão das mulheres às ações desenvolvidas e barreiras religiosas. Finalmente, a Figura 5 mostra as dificuldades relativas à organização social, com as barreiras culturais (machismo, preconceito, baixa escolaridade, etc.) apresentando a maior proporção de respostas, seguida, em ordem decrescente da falta de programas/ políticas públicas, falta de apoio/ envolvimento da população, falta de empoderamento/ baixa autoestima das mulheres, dificuldade em trabalhar com o público masculino e barreiras religiosas.

## DISCUSSÃO

A categoria definida como rede liderou o *ranking* de respostas como a maior dificultadora no processo de planejamento das ações de prevenção à violência contra a mulher. Ao se falar em rede de atenção à mulher em situação de violência, levam-se em consideração as definições vigentes a partir das políticas públicas adotadas no Brasil, ou seja, conjunto de ações e serviços, principalmente da assistência social, justiça, segurança pública e saúde, que se articulam objetivando a ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; a identificação e o encaminhamento adequado das mulheres; e a integralidade e humanização do cuidado.[7]

A Lei Maria da Penha orienta que a atenção à mulher em situação de violência seja prestada de forma articulada e conforme os princípios e diretrizes previstos nas políticas públicas. A legislação que fomenta as narrativas desse atendimento articulado demonstra a responsabilidade dos governos em implantar, monitorar e avaliar essa rede de atenção que deve ser fortalecida com a finalidade de prestar atendimento baseado no princípio da integralidade, garantir o empoderamento das mulheres, responsabilizar os agressores e melhorar a assistência às mulheres em situação de violência.[8]

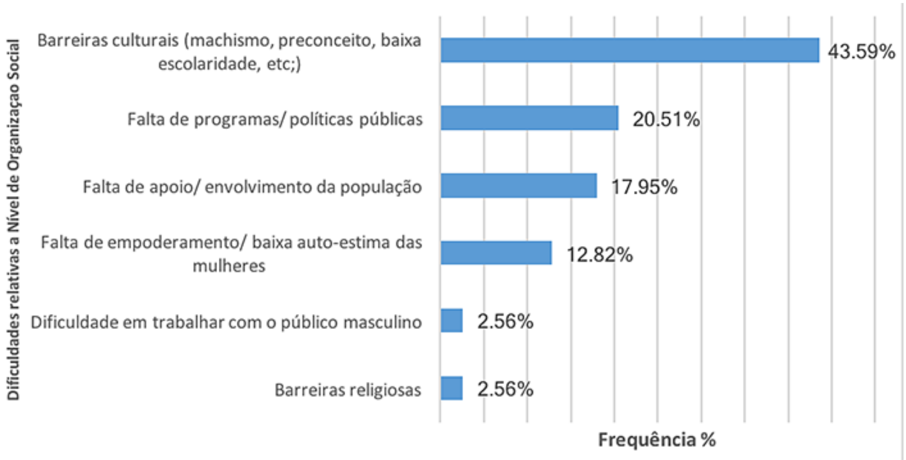


**Figura 5** - Distribuição das dificuldades relacionadas à organização social, 2016.
Fonte: dados da pesquisa.

As inquietações dos profissionais em defesa de uma vida livre de violência para as mulheres ressaltaram a importância do apoio psicossocial, atividades educativas sobre construção social de gênero; e articulação política a partir da intersetorialidade.[9] Ainda, consideraram-se suas demandas por serviços vinculados à esfera jurídica, policial, social e sinalizam para a necessidade de gestão para o cuidado à mulher em situação de violência no âmbito das unidades locais de saúde.

A partir da análise qualitativa das respostas dos participantes que permearam questionamentos em relação à rede de atenção, por exemplo, as seguintes falas *"a falta de apoio do poder público. "A rede tem potencial, mas falta conexão entre os segmentos por desconhecimento do que os segmentos trabalham"* demonstram a fragilidade dessa rede de atendimento à mulher. A intersetorialidade é, então, a palavra-chave na prevenção da violência contra a mulher a partir da articulação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento e com diferentes ocupações políticas e de gestão.[10]

A categoria violência apresenta a supremacia masculina como geradora de sofrimento e submissão; problemas decorrentes do uso de drogas; problemas relacionados aos(às) filhos(as) e problemas com divisão de bens.[5] O uso abusivo de álcool e outras drogas pelos parceiros denunciam situações de violência contra a mulher, ampliando a visão acerca dos determinantes socioculturais envolvidos nesse fenômeno.[11] Apesar disso, nem todas as mulheres tomam a iniciativa de romper o ciclo da violência ou mesmo nem reconhecem sua situação de submissão. É o que constatam as opiniões mais descritas na pesquisa ("medo/insegurança/vergonha da mulher em relatar o problema" e "falta de informação"), pois quando se encorajam para denunciar o parceiro correm o risco de serem revitimadas, sob ameaça de morte ou agressão física. Mais uma vez, para pensar em intervenções de prevenção à violência contra a mulher e promover o empoderamento da mulher, é fundamental a inclusão dos homens nas ações educativas e preventivas.

A terceira categoria mais citada pelos participantes da pesquisa foi o profissional, sendo a maior dificuldade a falta de capacitação diante das ações relacionadas ao enfrentamento da violência à mulher. Em seu estudo, Vasconcelos[12] afirma que, para a realização do atendimento integral à mulher, fazem-se necessárias a capacitação e a inclusão de profissionais que atuem no fortalecimento da rede de assistência. O preparo do profissional pode interferir tanto na abordagem das mulheres em situação de violência quanto no planejamento de ações que vislumbrem sua prevenção e a promoção da saúde, principalmente porque o acolhimento dos profissionais com vínculo de confiança e a visita domiciliar são importantes para diminuir a dificuldade de relato da mulher que sofreu violência e de comprometê-la em um projeto assistencial e preventivo.[10,13] Esse preparo se torna ainda mais decisivo diante da dificuldade na implementação de programas de prevenção de violências para grupos de adolescentes, para os quais há necessidade de intervenção precoce e busca ativa, promovendo espaços de diálogo aberto e apoio no setor da saúde.[14]

A insegurança dos profissionais no setor de saúde que, por si só, não consegue abordar as questões sociais que implicam o processo saúde-doença,[13] é acordante com outra resposta da pesquisa, que foi a naturaliza-

ção do processo de violência contra a mulher. E traz a reflexão sobre a condução de uma prática assistencial à mulher em situação de violência com acolhimento orientado pelo modelo de saúde social. Acredita-se que a escuta responsável e qualificada, com exposição de opções e encaminhamentos acessíveis nas áreas de segurança, jurídica, psicológica e da assistência social, e áreas de apoio, poderá ser uma ação de tecnologia leve na prevenção da violência contra a mulher.

A última categoria, organização social, citada pelos entrevistados está diretamente relacionada pela categorização violência. A cultura machista e a banalização da violência juntamente com as desigualdades sociais e econômicas em nosso país contribuíram para a não valorização da mulher e dificuldades de prevenir a violência contra ela. O discurso do empoderamento da mulher como uma ação ao combate à violência de gênero desnaturaliza os valores da cultura patriarcal que existe em nosso país.[15]

Propor mudanças legais, políticas e culturais com legitimação de leis que protegem a mulher e, além disso, incorporá-las em nossa cultura diminuirá as barreiras que enfrentamos no dia a dia com perspectivas positivas no desenvolvimento de ações preventivas de violência contra a mulher na área da saúde. Considerando que são muitos os atores nesse processo de construção e que têm peso na abordagem da mulher, saber a sua opinião pode nortear propostas consistentes, tendo por foco dificuldades que eles observam como atuantes na linha de frente do trabalho. Ouvir os profissionais envolvidos nessa rede pode ser fonte importante de informações para entender e superar as dificuldades encontradas.

É importante o desenvolvimento de ações de desconstrução de mitos e estereótipos de gênero que modifiquem os padrões sexistas, perpetuadores das desigualdades de poder entre homens e mulheres e da violência contra as mulheres. Para além de ações educativas, há que prever também ações culturais que compartilhem atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de sexo, raça/etnia, geracionais e de valorização da paz. Dessa forma, incluem-se campanhas que visibilizem as diferentes expressões de violência de gênero sofridas pelas mulheres e rompam com a tolerância da sociedade diante do fenômeno.[7]

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados e da discussão, concluiu-se que a categoria de mais dificuldade para desenvolver ações de prevenção de violência contra mulheres é a própria rede, e logo após a violência, os profissionais e a organização social. São fundamentais políticas públicas com estratégias de prevenção que promovam relações igualitárias entre os sexos e favoreçam o respeito dos direitos humanos. Considera-se que, desta forma, com intervenção multidisciplinar e articulação multissetorial, serão favorecidas abordagens efetivas de profissionais mais conscientes e com práticas duradouras na prevenção da violência à mulher e qualquer tipo de violência.

## REFERÊNCIAS


1. Calvinho ML, Ramos MNP. Violência conjugal contra a mulher, saúde e género: contributos para melhorar as práticas profissionais e as políticas de prevenção da violência. Rev Ambivalências. 2014; 2(3):42-69.
2. IV Conferência Mundial Sobre a Mulher 1995 – Pequin. Declaração e Plataforma de Ação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
3. Casique L, Furegato ARF. Violence against women: theoretical reflections. Rev Latino-Am Enferm. 2006[citado em 2016 no. 16];14(6):950-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Cecília M, Minayo S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública. 1994; 10(1):7-18.
5. Ferreira AD, Gomes VLO, Fonseca AD, Gomes GC. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(1):121-7.
6. Machado EM. Podemos prevenir a violência teorias e práticas. Brasília: OMS; 2010. [citado em 2016 nov. 16]. Disponível em: http://sisnov.campinas.sp.gov.br/biblioteca/gerais/Podemos_prevenir_violencia.pdf
7. Presidência da República (BR). Secretária de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília; 2011.
8. Presidência da República (BR). Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília; 2006.
9. Pereira GN, Lorenzini EA, Brock CJ, Paixão PNG, Araujo JSS, Bettinelli LA. Health professionals and the meaning they apply to women's remaining in violent conjugal relationships: undergraduate student in Nursing at the EEUFBA. Capacitación Profesional; 2013;14(3):558-67.
10. Grossi PK, Pedersen JR, Vincensi JG, Almeida SMAF. Prevenção da violência contra mulheres: desafios na articulação de uma rede intersetorial. Athenea Digit. 2012[citado em 2016 nov. 16];267-77. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WQwbKpQBfEwJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4154853.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari

11. Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC, Terra MG, *et al.* Abuse of alcohol and drugs and violence against women: experience reports. Rev Bras Enferm 2014[citado em 2016 nov. 16];67(3):366-72. Disponível em: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7167.20140048

12. Vasconcelos CD. Capacitando a rede de enfrentamento a violência contra a mulher. [citado 2016 nov. 06]. Disponível em: http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/viewFile/260/116

13. Bastos E, Silva D, Padoin SMM, Amaral L, Vianna C, Correspondente A. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. 2013 Dec [citado 2016 nov. 01]; 26(6):608-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600016&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600016.

14. Soares JSF, Lopes MJM, Njaine K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. Cad Saude Publica. 2013[citado em 2016 nov. 16]; 29(6): 1121-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

15. Krimberg MB, Dewes D, Neves SM. Violência contra as mulheres: o privilégio" de qualquer uma! uma análise de trechos do Filme Te doy mis ojos'. Rev Psicol Univ Antioquia. 2012; 4(1):87-103.